

障がい者向けホーム カルミアの郷

重要事項説明書

重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	金田 和寛
所属・職名	施設長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成 23 年 10 月 7 日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙 4 の『登録事項等についての説明』の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の 3 まで及び 6 の内容については、別紙 4 の記載内容で説明されているものとみなし、記載を省略して差し支えありません。

1. 設置者概要

種類	個人／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人（株式会社）
名称	（ふりがな）かぶしきがいしゃ あんばい 株式会社 amby	
主たる事務所の所在地	〒465-0005 愛知県名古屋市中東区香流 2 丁目 1117 番地	
連絡先	電話番号	0565-47-5666
	FAX番号	0565-47-5667
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	間宮 大志
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 30年 12月 3日	
主な実施事業	※別添 1（別を実施する介護サービス一覧表）	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) しょうがいしゃむけほーむ かるみあのさと 障がい者向けホーム カルミアの郷		
所在地	〒473-0917 愛知県豊田市若林西町塚本 146-1		
主な利用交通手段	最寄駅	駅	
	交通手段と所要時間	名古屋鉄道三河線 若林駅 徒歩 7分	
連絡先	電話番号	0565-85-0005	
	FAX番号	0565-85-0006	
	ホームページアドレス	http://	
管理者	氏名	金田 和寛	
	職名	施設長	
建物の竣工日		昭和・平成	30年 10月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成	31年 04月 1日

(類型) 【表示事項】 ※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、省略可能

1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合)			
2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合)			
3 <input checked="" type="checkbox"/> 住宅型			
4 健康型			
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号		
	指定した自治体名	県 (市)	
	事業所の指定日	平成	年 月 日
	指定の更新日 (直近)	平成	年 月 日

3. 建物概要 ※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、省略可能

土地	敷地面積	1081.16 m ²					
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地					
		2 事業者が賃借する土地					
		抵当権の有無	1 あり	2 なし			
所有関係	契約期間	1 あり (平成31年2月1日～平成56年1月31日)					
	2 なし						
	契約の自動更新	1 あり	2 なし				
建物	延床面積	全体	668.27 m ²				
		うち、老人ホーム部分	668.27 m ²				
	耐火構造	1 <input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物					
		2 準耐火建築物					
		3 その他 ()					
	構造	1 鉄筋コンクリート造					
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 鉄骨造					
3 木造							
4 その他 ()							
所有関係	1 事業者が自ら所有する建物						
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物						
	抵当権の設定	1 あり	2 なし				
	契約期間	1 あり (平成31年2月1日～平成56年1月31日)					
所有関係	2 なし						
	契約の自動更新	1 あり	2 なし				
	居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 <input checked="" type="checkbox"/> 全室個室				
			2 相部屋あり				
最少			人部屋				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	最多	人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*	
		タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	14.90 m ²	3	
		タイプ2	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	14.11 m ²	19	
		タイプ3	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
		タイプ4	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ5	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²				

	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
※「一般居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」「一時介護室相部屋」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	ヶ所		
			その他()	ヶ所		
食堂	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし		
入居者や家族が利 用できる調理設備	1	あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
エレベーター	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり (車椅子対応)	2	<input checked="" type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応)		
	3	あり (上記1・2に該当しない)				
	4	なし				
消防用設備 等	消火器	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし	
	自動火災報知設備	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし	
	火災通報設備	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし	
	スプリンクラー	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし	
	防火管理者	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし	
	防災計画	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし	
その他						

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者の人格を尊重し心身の状態に適したサービスの提供をする。常に利用者の立場になって考え施設を適切な環境を保つよう努力するとともに明るく楽しい施設の環境づくりに努めます。お家のように暖かい介護を目指して。
サービスの提供内容に関する特色	出来ない事の支援を行い、出来る事は出来るだけ自分で行って頂き残存機能の維持を図る。ご利用者の体調に合わせて随時対応を行っています。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は、記入不要

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	夜間看護体制加算	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	看取り介護加算	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(I)ロ	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
(III)		1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	1	救急車の手配	
	2	入退院の付き添い	
	3	通院介助	
	4	その他 ()	
協力医療機関	1	名称	ごうホームクリニック
		住所	〒468-0015 名古屋市天白区原 1-1410 サンモール原 103
		診療科目	内科 精神科 呼吸器内科 循環器 皮膚科
		協力内容	往診医の派遣・日常の健康診断・緊急時の往診
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	中町歯科	
	住所	〒473-0904 豊田市中町中郷 144-9	
	協力内容	往診医の派遣・日常の健康診断	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は、省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1	一時介護室へ移る場合			
	2	介護居室へ移る場合			
	3	その他 (体調の変化時など)			
判断基準の内容	体調不良時入居本人、家族協議での対応				
手続きの内容	無				
追加的費用の有無	1	あり	2 なし		
居室利用権の取扱い					
前払金償却の調整の有無	1	あり	2 なし		
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1	あり	2	なし
	便所の変更	1	あり	2	なし
	浴室の変更	1	あり	2	なし
	洗面所の変更	1	あり	2	なし
	台所の変更	1	あり	2	なし
	その他の変更	1	あり	(変更内容)	
	2	なし			

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり	2 <input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	1 あり	2 <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	1 <input type="checkbox"/> あり	2 なし
留意事項	①介護保険の要介護1から要介護5の認定を受けている方 ②少人数による共同生活を営むことに支障のない方		
契約の解除の内容	事業者は利用者および利用者代理人に対し、次の各号に該当する 場合においては、適切な予告期間をおいて、この契約を解 除することができます。ただし、事業者は、解除通告する に当たっては、次の第2号を除き利用者および利用者代理 人に十分な弁明の機会を設けるものとします。 ① 正当な理由なく利用料その他の自己の支払うべき費用 を3ヶ月滞納したとき ② 伝染性疾患等により他の利用者の生活又は健康に重大 な影響を及ぼす恐れがあると医師が認め、かつ利用者の 退去の必要があるとき ③ 利用者の行動が他の利用者の生活又は健康に重大な影 響を及ぼす恐れがあり、かつ利用者に対する通常の介護 方法ではこれを防止することができないと事業者が判 断したとき 利用者又は利用者代理人が故意に法令その他本契約の各項に重 大な違反をし、改善の見込みがないとき正当な理由なく利用料そ の他への支払うべき費用を7か月滞納したとき 等		
事業主体から解約を求める場合	解約条項		
	解約予告期間	ヶ月	
入居者からの解約予告期間	7日		
体験入居の内容	1 あり (内容 :)		
	2 <input type="checkbox"/> なし		
入居定員	22人		
その他			

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所と兼務する職員については、有料老人ホームの職員として勤務する部分についてのみ記載すること）。

(職種別の職員数)

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	9	6	3	
看護職員	1	1		
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	3		3	
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	2	2	
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	5	3	2
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	
	常勤	非常勤
看護師又は准看護師		
理学療法士		
作業療法士		
言語聴覚士		
柔道整復士		
あん摩マッサージ指圧師		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (20 時～ 7 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1 人	1 人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし							
	業務に係る資格等	1 あり								
		資格等の名称								
		2 <input checked="" type="checkbox"/> なし								
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数										
前年度1年間の退職者数										
応じた業務に従事した経験年数に した職員の人数	1年未満									
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況				1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし						

6. 利用料金 ※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、省略可能

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 <input checked="" type="checkbox"/> 利用権方式	
	2 建物賃貸借方式	
	3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	3 <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	

入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし 2 <input type="checkbox"/> 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額
利用料金 の改定	条件 手続き

(利用料金のプラン【代表的なプランを3例】)

		プラン1	プラン2	プラン3	
入居者の状況	要介護度				
	年齢	歳	歳	歳	
居室の状況	床面積	14.11㎡	14.11㎡	14.11㎡	
	便所	1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
	浴室	1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
	台所	1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
入居時点で必 要な費用	前払金	円	円		
	敷金	190,000円	190,000円	190,000円	
月額費用の合計		円	円	円	
家賃		37,400円	37,400円	39,400円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ 1の費用	円	円	円	
	介護保険外※ 2	食費	44,400円	44,400円	44,400円
		管理費	10,000円	30,000円	30,000円
		介護費用	円	円	円
		光熱水費	10,000円	12,000円	12,000円
	その他	円	円	円	

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	
敷金	家賃の 5ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	施設全体に係る費用から計算
食費	1食 500円程度（1日3食おやつ付）

光熱水費	施設全体に係る費用から計算
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は、記入不要

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス)	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は、省略可能

算定根拠	
想定居住期間(償却年月数)	ヶ月
償却の開始日	入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額(初期償却額)	円
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了
	入居後3月を超えた契約終了
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称
	2 信託契約を行う信託会社等の名称
	3 保証保険を行う保険会社の名称
	4 全国有料老人ホーム協会
	5 その他(名称:)

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	人
----	----	---

	女性		人
年齢別	65歳未満		人
	65歳以上 75歳未満		人
	75歳以上 85歳未満		人
	85歳以上		人
要介護度別	自立		人
	要支援 1		人
	要支援 2		人
	要介護 1		人
	要介護 2		人
	要介護 3		人
	要介護 4		人
入居期間別	6ヶ月未満		人
	6ヶ月以上 1年未満		人
	1年以上 5年未満		人
	5年以上 10年未満		人
	10年以上 15年未満		人
	15年以上		人

(入居者の属性)

平均年齢		歳
入居者数*の合計		人
入居率**		%
豊田市外からの転入者数 (豊田市外住民登録者を含む)		人
※ 入院等で一時的に不在となっている者も入居者に含む。		
** 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。		

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等		人
	社会福祉施設		人
	医療機関		人
	死亡者		人
	その他		人
生前解約の状況	施設側の申し出		人

況		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	お客様相談室	
電話番号	0565-85-0005	
対応している時間	平日	9:00~20:00
	土曜	9:00~20:00
	日曜・祝日	9:00~20:00
定休日	無	

(外部の苦情処理機関)

窓口の名称	(例) 豊田市役所 介護保険課	
電話番号	0565-34-6634	
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	年末年始等	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 「賠償責任保険」の保証範囲内
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 施設の緊急対策マニュアルに沿って、医療機関と連絡をとり適切に処理する。家族及び、身元保証人へ速やかに連絡し対処方法を相談する。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意	1 あり	実施日	
--------------	------	-----	--

見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況		結果の開示	1 あり	2 なし
	2	なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示	1 あり	2 なし
	2	なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年	1回
	2	なし		
	1	代替措置あり	(内容)	
	2	代替措置なし		
提携ホームへの移行 【表示事項】	1	あり (提携ホーム名:)		
	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
有料老人ホーム設置時の老人 福祉法第 29 条第 1 項に規定 する届出	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
	3	サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の 居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要		
高齢者の居住の安定確保に関 する法律第 5 条第 1 項に規定 するサービス付き高齢者向け 住宅の登録	1	あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし
有料老人ホーム設置運営指導 指針「5.規模及び構造設備」 に合致しない事項	1	あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし
合致しない事項がある場合 の内容				
「6. 既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性	1	適合している (代替措置)		
	2	適合している (将来の改善計画)		
	3	適合していない		
有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項	1	あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし
不適合事項がある場合の内 容				

添付書類：別添1（事業者が愛知県内で運営する他の介護サービス事業）

別添2（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表）

※

様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

事業者

〈住 所〉 愛知県豊田市若林西町塚本 146-1
〈事業所名〉 株式会社 amby
障がい者向けホーム カルミアの郷
〈代表者名〉 代表取締役 間宮 大志 ㊞

利用者

〈住 所〉
〈氏 名〉 ㊞

身元保証人

〈住 所〉
〈氏 名〉 ㊞

続柄 ()

別添1 事業者が愛知県内で運営する他の介護サービス事業

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型介護予防サービス>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表※1

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無		有料老人ホームが実施するサービス （介護保険外のサービス）		月額利用料 等を含む※	その都度徴 収※3	料金※4	なし	あり
介護サービス								
食事介助	あり	なし	あり	なし	あり		ケアプラン外に介助が必要な場合	随時
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり	なし	あり		ケアプラン外に介助が必要な場合	随時
おむつ代	なし	なし	なし	なし	なし		ケアプラン外に介助が必要な場合	随時
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり	なし	あり		ケアプラン外に介助が必要な場合	随時
特浴介助	あり	なし	あり	なし	あり		ケアプラン外に介助が必要な場合	随時
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり	なし	あり		ケアプラン外に介助が必要な場合	随時
機能訓練	あり	なし	あり	なし	あり		ケアプラン外に介助が必要な場合	随時
通院介助	あり	なし	あり	なし	あり		ケアプラン外に介助が必要な場合	随時
生活サービス								
居室清掃	あり	なし	あり	なし	あり		月に1回程度の対応	
リネン交換	あり	なし	あり	なし	あり		週7回	
日常の洗濯	あり	なし	あり	なし	あり		週1回	
居室配膳・下膳	あり	なし	あり	なし	あり		随時	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	なし	あり	なし	あり		1日1回	
おやつ	あり	なし	あり	なし	あり		2か月に1回	
理美容師による理美容サービス	あり	なし	あり	なし	あり		※利用でできる範囲を明確化すること	
買い物代行	あり	なし	あり	なし	あり		随時	
役所手続き代行	あり	なし	あり	なし	あり			
金銭・貯金管理	あり	なし	あり	なし	あり			
健康管理サービス								
定期健康診断	あり	なし	あり	なし	あり		年1回	
健康相談	あり	なし	あり	なし	あり		月2回	
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり	なし	あり		随時	
服薬支援	あり	なし	あり	なし	あり		随時	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし	あり	なし	あり		随時	
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	あり	なし	あり	なし	あり		※付添いができる範囲を明確化すること	
入退院時の同行	あり	なし	あり	なし	あり			
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり	なし	あり			
入院中の見舞い訪問	あり	なし	あり	なし	あり			
その他								
巡回	あり	なし	あり	なし	あり		※具体的な頻度を記載	
緊急時対応（ナースコール等）	あり	なし	あり	なし	あり		24時間	

※1：併設する介護保険事業所等により提供するサービスは記載しない。自立、要支援、要介護で提供されるサービスが異なる場合は、それぞれについてサービスの一覧表を作成する。
 ※2：利用者の所得等にに応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。住宅型有料老人ホーム、健康型有料老人ホームについては「なし」と記載する（項目自体を削除することも可）。
 ※3：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、前払いまたは月額のサービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。
 ※4：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。